

**Opinia prawna**  
**w sprawie skutków prawnych i trybu przerwania ciąży dla ochrony**  
**zdrowia psychicznego kobiety**

Opinia została sporządzona w głównej mierze na podstawie Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży (UPR), w powiązaniu z ustawami: Ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (UZL), Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP) oraz Kodeksem karnym (KK).

Celem opinii jest wyjaśnienie zawartości wymienionych ustaw, ich wzajemnych relacji i odniesień, a także – co najważniejsze – wytłumaczenie, czego w tych przepisach nie ma i dlaczego nie ma powodów do obaw przed odpowiedzialnością karną w przypadku zgodnego z ustawą przerywania ciąży.

Wyjściowo należy zaznaczyć, że Ustawa o planowaniu rodziny... jest jedynym aktem prawnym normującym warunki przerwania ciąży zgodnie z prawem. Wobec tego ma ona charakter przepisu szczególnego, którego przesłanki legalizujące wyprzedzają inne akty prawne w razie wystąpienia sytuacji faktycznej, w której przerwanie ciąży jest rozważane.

Innymi słowy – odpowiedzi na pytanie, czy przerwanie ciąży u konkretnej pacjentki będzie zgodne z prawem, należy poszukiwać w Ustawie o planowaniu rodziny... (UPR) i tylko tam. Zatem próby konstruowania zakazów i ograniczeń drogą kontaminowania z przepisami innych aktów prawnych, w szczególności Kodeksu karnego, są czystymi spekulacjami opartymi na nadużyciach intelektualnych.

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

**1) Czy pojęcie "przerwanie ciąży" którym posługuje się Ustawodawca, oznacza procedurę, która prowadzi do obumarcia zarodka bądź płodu?**

Na pytanie, jak należy rozumieć pojęcie przerwania ciąży, nie ma odpowiedzi w żadnym akcie prawnym, ponieważ jest to termin medyczny i powinien być rozumiany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Ciąża jest określonym stanem fizjologicznym organizmu, a przerwanie tego stanu, gdy dokonywane przez lekarza, powinno doprowadzić do stanu, w którym pacjentka nie jest już w ciąży. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży (UPR) stanowi jedynie o ograniczeniach czasowych dla przerwania ciąży z tzw. przyczyn prawnych, natomiast **w razie zagrożenia**

**życia lub zdrowia kobiety nie zawiera żadnych ograniczeń**, co jednoznacznie świadczy, że ustawodawca rozstrzyga na korzyść ochrony zdrowia kobiety z poświęceniem życia płodu. Pojęciem „przerwanie ciąży” posługuje się również Kodeks karny na potrzeby określenia ustawowych znamion przestępstw polegających **na przerwaniu ciąży z naruszeniem ustawy albo wbrew woli kobiety**. W żadnym akcie prawnym nie ma definicji przerwania ciąży.

Z medycznego punktu widzenia przerwanie ciąży powinno odbyć się w sposób skuteczny oraz bezpieczny dla pacjentki – tzn. tak, żeby stan ciąży ustał możliwie szybko, przy minimalizowaniu obciążeń dla zdrowia kobiety. Kobieta jest pacjentką w rozumieniu Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP) i korzysta z tam unormowanych praw, w tym z prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości. Na marginesie tylko można wspomnieć, że z oczywistych względów przerwanie ciąży nie jest tożsame z czynnościami mającymi na celu rozwiązanie ciąży, które powszechnie rozumie się jako prowadzenie porodu z zamiarem żywych narodzin dziecka. Te dwie procedury różnią się zasadniczo pod względem celu działania. Cel przerwania ciąży może być – na logikę – osiągnięty tylko poprzez spowodowanie obumarcia zarodka lub płodu. Źródłem nieporozumień mogą być tylko sposoby doprowadzenia do każdej z tych odrębnych zupełnie sytuacji. Niektóre techniki, za pomocą których prowadzi się powikłany poród: sztuczna indukcja porodu czy cesarskie cięcie mogą służyć również przerwaniu ciąży. Decydujące znaczenie ma jednak nie zastosowany zgodnie z wiedzą medyczną sposób, lecz cel jego użycia. Tak więc cesarskie cięcie bądź sztuczne wywołanie porodu, gdy mają na celu przerwanie ciąży, są traktowane jako techniki przerwania ciąży, a nie techniki porodowe, w związku z czym przy ich przeprowadzaniu nie ma obowiązku zachowania życia płodu.

Jak podaje Międzynarodowa Federacja Lekarzy Ginekologów i Położników (FIGO), pożądanym efektem przerwania ciąży co do zasady nigdy nie jest żywe urodzenie (FIGO position statement on the recent prohibition of induction of fetal asystole for legal abortions in Brazil, FIGO 2024, <https://www.figo.org/figo-position-statement-recent-prohibition-induction-fetal-asystole-legal-abortion-brazil>).

Medyczna technika przerwania ciąży zależy przede wszystkim od stopnia jej zaawansowania. Na etapie, gdy płodu nie da się usunąć inaczej z organizmu kobiety w sposób bezpieczny, stosuje się sztuczną indukcję porodu, ale taka indukcja jest podporządkowana celowi przerwania ciąży, a nie nastawiona na uratowanie płodu. Sztuczna indukcja porodu w celu przerwania ciąży nie oznacza, że w takich warunkach płód podlega ochronie, w szczególności, że powinien być ratowany. Ustawa nic na ten temat nie stanowi. Na pierwszym miejscu stoi ochrona zdrowia kobiety, wobec czego przerwanie ciąży w okolicznościach

zagrożenia zdrowia lub życia powinno być przeprowadzone w sposób zapewniający adekwatną ochronę zdrowia kobiety, bo inaczej zaprzeczałoby swojemu celowi.

**Prawnym celem przerwania ciąży jest uzyskanie takiego efektu, żeby ciąża przestała zagrażać dobru prawnemu chronionemu jako nadrzędne.** Można za zgodą kobiety podejmować próby uratowania płodu, gdy ciąża zagraża zdrowiu fizycznemu. Jeśli jednak przyczyną rozstroju zdrowia psychicznego jest perspektywa urodzenia dziecka, w szczególności wydania na świat osoby ciężko uszkodzonej i cierpiącej, **to w celu ochrony zdrowia psychicznego należy przerwać ciążę takim sposobem, żeby do urodzenia nie doszło.** Obowiązkiem lekarza jest z dochowaniem należytej staranności dobrać i zaproponować pacjentce taki sposób przerwania ciąży, który zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej spełni cel zdrowotny polegający na usunięciu przyczyny zagrożenia zdrowia, w szczególności zdrowia psychicznego. **Nie spełnią tego zadania ani pólśrodki w postaci wywołania porodu, ani dążenie do zachowania płodu przy życiu.** Zagrożeniem dla zdrowia psychicznego zwykle nie jest ciąża jako stan organizmu, lecz świadomość skutków, jakie ona spowoduje – czyli wydanie na świat dziecka cierpiącego i chorego, bo dotkniętego ciężkimi wadami, a często skazanego na rychłą śmierć w męczarniach. **W takich okolicznościach doprowadzenie do żywych narodzin przyniosłoby skutek przeciwny do zamierzonego – czyli wywołałoby bądź pogłębiło u pacjentki rozstrój zdrowia psychicznego.** Wynika stąd, że środkiem do tego celu musi być spowodowanie obumarcia zarodka bądź płodu, przy czym należy powtórzyć – bez żadnych ograniczeń czasowych zaawansowania ciąży. Jeśli bowiem kluczowa dla oceny prawnej Ustawa o planowaniu rodziny... (UPR) nie wprowadza takich ograniczeń, to nie ma podstaw, żeby wywodzić je z innych aktów prawnych rangi bardziej ogólnej. Ustawa o planowaniu rodziny stanowi zresztą akt prawny, do którego odsyłają w tym zakresie inne ustawy, w szczególności Kodeks karny. Wynika to z faktu, że UPR jest jedynym aktem prawnym normującym przesłanki i kryteria dopuszczalności przerywania ciąży.

Dlatego odnotowany w przestrzeni publicznej pogląd wyrażony przez adwokata Oskara Lutego, jakoby zgodnie z prawem przesłanką zakończenia ciąży była sama ciąża, która zagraża zdrowiu lub życiu kobiety, a nie dziecko, **stanowi nieuprawnione uogólnienie.** Znajduje on zastosowanie tylko do przypadków, gdy stan ciąży zagraża zdrowiu fizycznemu kobiety i medycznie możliwe jest zakończenie jej w sposób pozwalający na uratowanie również dziecka. Przy zagrożeniu dla zdrowia psychicznego należy natomiast zidentyfikować czynnik będący źródłem zagrożenia i zaplanować przerwanie ciąży w sposób, który ten czynnik skutecznie wyeliminuje.

Ten sam adwokat Luty pozwala sobie na propagowanie przekonania, jakoby w przypadku ciąży po 26. tygodniu indukcja porodu w celu zakończenia ciąży stanowiła dla prawnika przerwanie ciąży, ale szczególnego rodzaju: takiego, że skutkiem jest urodzenie się żywego człowieka. **Jest to jawna nieprawda, nie znajdująca najmniejszego oparcia w przepisach prawa.** Taka argumentacja służy dalej dowodzeniu, że „ani prawnie, ani etycznie nie jest akceptowalna sytuacja, w której lekarz uśmierca płód zdolny do samodzielnego życia, co po prostu nie jest konieczne dla samego przerwania, czy też zakończenia ciąży drogą indukcji porodu czy też cięcia cesarskiego”

([https://nauka.pap.pl/palio/html.run?\\_Instance=cms\\_nauka.pap.pl&\\_PageID=11&\\_RowID=&s=depesza&dz=UCZELNIE&dep=396420&data=&\\_Checksum=2024455041](https://nauka.pap.pl/palio/html.run?_Instance=cms_nauka.pap.pl&_PageID=11&_RowID=&s=depesza&dz=UCZELNIE&dep=396420&data=&_Checksum=2024455041)).

Następuje tutaj celowe pomieszczenie pojęć w celu zaciemnienia obrazu. Dlatego trzeba sobie przypomnieć, że **przerwanie ciąży jako czynność ratująca zdrowie kobiety nie może jednocześnie realizować celu doprowadzenia do narodzin dziecka, gdy te cele wzajemnie się wykluczają.** W szczególności, gdy zabieg odbywa się dla ochrony zdrowia psychicznego zagrożonego perspektywą wydania na świat dziecka dotkniętego ciężkimi wadami. Dla ochrony zdrowia kobiety lekarzowi zawsze wolno jest uśmiercić płód, choćby nawet zdolny do samodzielnego życia, ponieważ zdolność płodu do samodzielnego życia nie stanowi kryterium ograniczającego dopuszczalność przerwania ciąży z przyczyn zdrowotnych.

W tym miejscu należy się też wyjaśnienie, że adwokat Oskar Luty w swojej działalności zawodowej świadczy obsługę prawną i reprezentuje w sądach podmioty lecznicze, więc jego wypowiedzi są naznaczone konfliktem interesów. **Nie można ich wobec tego uznawać za pogląd doktryny prawa, lecz tylko traktować jako sądową linię obrony dla podmiotów leczniczych mnożących trudności i odmawiających legalnego przerwania ciąży.** Adwokaci mają ustawowy obowiązek działania zgodnego z dobrem klienta, który ich wynajął, więc w toku sporów sądowych chwytają się najdziwniejszych argumentów i stosują najrozmaitsze akrobacje myślowe. Argumentacja na potrzeby procesu sądowego może więc poważnie różnić się od rzetelnej wykładni prawa. Zreferowane wywody należą właśnie do kategorii akrobacji, więc nie zasługują na poważne potraktowanie: stanowią przykład dowodzenia, że przysłowiowy kot to pies, czyli że przerwanie zaawansowanej ciąży jest tym samym co poród, więc istnieje obowiązek ratowania płodu. Zanim wypowiedział pierwsze zdanie, ich autor powinien był uczciwie zadeklarować konflikt interesów, tak jak to jest przyjęte w środowisku naukowym.

## 2) Czy Ustawa o planowaniu rodziny określa bądź zakazuje jakiejs metody przerwania ciąży?

W ustawie nie ma żadnych wymagań co do techniki zabiegowej. O metodzie decyduje więc aktualna wiedza medyczna zastosowana do odpowiedniego stopnia zaawansowania ciąży i stanu klinicznego pacjentki. Jeśli do dyspozycji jest więcej niż jedna metoda, obowiązkiem lekarza jest przedstawienie pacjentce ich wszystkich jako propozycji alternatywnej. Wynika to z ogólnych przepisów Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UZL):

**Art. 31. 1.** Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, **proponowanych oraz możliwych metodach** diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Pacjentka udziela uświadomionej zgody na jedną z zaproponowanych jej metod i w ten sposób dokonuje własnego wyboru. Nie ma żadnych podstaw, by pacjentowi ograniczać informację co do różnych metod leczniczych. Wręcz przeciwnie: w komentarzach do ustawy lekarskiej i w utrwalonym orzecznictwie sądów podkreśla się, że pacjent ma prawo do pełnej i wyczerpującej informacji o dostępnych metodach diagnostycznych i leczniczych adekwatnych do swojego stanu klinicznego. Przywołany wyżej przepis UZL stosuje się do każdej relacji klinicznej lekarza z pacjentem. Jest to naczelna reguła ogólna, od której nie ma odstępstw w żadnych przepisach szczególnych, w tym również w Ustawie o planowaniu rodziny (UPR). Przerwanie ciąży ma status świadczenia zdrowotnego w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej (jako czynność zmierzająca do zachowania zdrowia uregulowana odrębnymi przepisami, czyli przez UPR) z wszystkimi tego konsekwencjami, tym bardziej że zgodnie z UPR legalne przerwanie ciąży może być wykonane tylko przez lekarza, którego wiążą reguły wykonywania zawodu zawarte w UZL.

Zgoda na zabieg medyczny jest z kolei ukształtowana na zasadach ogólnych jako prawo pacjenta i zgodnie z przepisem art. 17 ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP):

... Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się **czynnościom proponowanym** przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Prawnie skuteczna jest zatem tylko zgoda na konkretną czynność uprzednio zaproponowaną, przy obowiązku poinformowania o wszystkich metodach dostępnych ze względu na diagnozę kliniczną. Ustawa o planowaniu rodziny... nie zawiera w tym przedmiocie żadnych unormowań, więc zastosowanie znajdują przywołane reguły ogólne.

**Obowiązkiem lekarza jest zatem udzielenie pacjentce deklarującej zamiar przerwania ciąży na warunkach określonych w UPR - przystępnej i wyczerpującej informacji o wszystkich metodach odpowiednich do jej stanu klinicznego.** Przez udzielenie zgody na jedną z nich pacjentka faktycznie dokonuje wyboru. **Lekarz nie jest uprawniony ani do samodzielnego decydowania o użyciu konkretnej metody zabiegowej, ani do ograniczania informacji należnej pacjentce.** Ograniczenia informacyjne o dostępnych metodach przerwania ciąży byłyby w istocie manipulowaniem tą informacją i są prawnie niedopuszczalne. Zgodę na zabieg udzieloną w warunkach niedostatecznego poinformowania uznaje się za wadliwą. Wolno tylko rekomendować sposób zdaniem lekarza najbardziej odpowiedni dla pacjentki – jednak nie kosztem zatajania informacji o innych metodach dostępnych i równorzędnych.

Jednocześnie w orzecznictwie sądowym stopniowo ukształtowało się zapatrywanie, że dostępność metod obejmuje nie tylko te, które stosuje dany podmiot leczniczy. Obowiązkiem strony medycznej jest poinformowanie o wszystkich metodach dostępnych medycynie zgodnie ze wskazaniami dla konkretnego pacjenta, wraz z poinformowaniem, gdzie pacjent może je uzyskać.

### **3) Czy asystolia płodu, w tym z wykorzystaniem chlorku potasu, jest prawnie dopuszczalna?**

Ustawa nie rozróżnia ani nie wprowadza ograniczeń, co oznacza, że dopuszczalne są wszystkie metody przerwania ciąży zgodne z aktualną wiedzą medyczną, skuteczne na danym etapie ciąży i jednocześnie bezpieczne dla pacjentki. Na marginesie można tylko zwrócić uwagę, że natychmiastowe i bezbolesne uśmiercenie płodu wolno uznać za rozwiązanie bardziej humanitarne od indukcji porodu i czekania, aż płód dotknięty wadą letalną albo z innych przyczyn niezdolny do życia umrze sam po odpepnieniu. **Jeśli natomiast ciąża jest przerywana ze względu na ochronę zdrowia psychicznego kobiety w okresie, gdy płód osiągnął już zdolność do samodzielnego życia – asystolia stanowi jedyne rozwiązanie zaewniające realizację celu terapeutycznego.** Jest to konsekwencją przyjętego rozwiązania prawnego, zgodnie z którym przy zagrożeniu dla zdrowia, w tym również zdrowia psychicznego pacjentki, ciążę można i trzeba skutecznie przerwać na dowolnym etapie. Wolno tylko twierdzić, że im wcześniej, tym lepiej dla zdrowia pacjentki, zaś przerwanie ciąży na możliwie wczesnym etapie przedstawia się również jako bardziej humanitarne dla płodu.

**Kluczowe znaczenie ma zatem, czy taki sposób przerwania ciąży stanowi praktykę zgodną z aktualną wiedzą medyczną i powszechnie akceptowaną.** Zgodnie z art. 4 UZL

lekarz ma bowiem obowiązek wykonywać zawód między innymi zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Źródła tych wskazań mają charakter pozaprawny, bo wiedza medyczna zmienia się zbyt dynamicznie, żeby miało sens wpisywanie jej do aktów prawnych. Teoretycznie prawo mogłoby czegoś wyraźnie zakazywać – tak jak Kodeks Etyki Lekarskiej powiada, że lekarzowi nie wolno stosować eutanazji. Jednak asystolia płodu jako jeden ze sposobów przerwania ciąży nie ma nic wspólnego pojęciowo z eutanazją, jakiegokolwiek analogie byłyby wobec tego nieuprawnione, zaś żaden przepis ustawowy nie wypowiada się co do asystolii płodu. Odpowiedzi należy więc szukać w kompendiach wiedzy medycznej, w tym również w rekomendacjach uznanych organizacji i towarzystw lekarskich, krajowych oraz zagranicznych.

I tak WHO opisuje tę metodę w *Clinical practice handbook for quality abortion care* ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/clinical-practice-handbook-for-quality-abortion-care.pdf?sfvrsn=e82e253c\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/clinical-practice-handbook-for-quality-abortion-care.pdf?sfvrsn=e82e253c_7) – s. 19 i 20).

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego w sprawie aborcji z 2024 r. zalecają rozważyć indukcję asystolii płodu przed aborcją chirurgiczną po 20 tygodniu (s. 26), a oprócz chlorku potasu wymieniają też lignokainę i digoksynę jako substancje uważane za lepsze.

Wreszcie Society of Family Planning Clinical Recommendation: Induction of fetal asystole before abortion <https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2824%2900246-4> jako najlepsze praktyki wymienia rozważyć/zaoferować indukcję asystolii płodu w okresie około granicy przeżywalności oraz po osiągnięciu zdolności do przeżycia pozaustrojowego, z użyciem jako dopuszczalnych środków: chlorku potasu, lidokainy i digoksyny.

Asystolia płodu (bądź fetocide) jest zatem zwyczajną procedurą medyczną stosowaną powszechnie i związaną z opieką aborcyjną.

#### **4) Czy w przypadku legalnej aborcji z przyczyn zdrowotnych (zdrowia psychicznego bądź fizycznego) występuje ustawowy obowiązek ratowania życia płodu wbrew woli osoby w ciąży?**

Taki obowiązek nie wynika z żadnego przepisu ustawy. Legalne przerwanie ciąży stanowi okoliczność wyłączającą bezprawność podejmowanych w tym celu działań medycznych. Karalne jest tylko przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy bądź bez zgody kobiety.

W szczególności nie ma podstaw do wywodzenia go z unormowania przestępstwa umyślnego uszkodzenia ciała lub wywołania zagrażającego życiu rozstroju zdrowia u dziecka poczętego:

**Art. 157a.** § 1. Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. **Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.**

Brzmienie przepisu nie pozostawia wątpliwości, że **dokonane przez lekarza w celu ratowania zdrowia kobiety uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub wywołanie rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu nie stanowi przestępstwa**. Nie ma tym samym obowiązku ratowania życia płodu przy legalnie przeprowadzonej aborcji ze wskazań leczniczych. Wyłączenie przestępności czynu obejmuje bez rozróżnienia wszystkie przypadki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia *dziecka poczętego* stanowiące skutek uboczny działań leczniczych koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety. Przerwanie ciąży z takich wskazań kwalifikuje się jako działanie niewątpliwie lecznicze.

Źródłem nieporozumień i nadużyć interpretacyjnych są natomiast dwa artykuły Kodeksu karnego przewidujące przestępność czynów polegających na umyślnym przerwaniu ciąży z naruszeniem ustawy bądź bez zgody kobiety:

**Art. 152.** § 1. Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę **z naruszeniem przepisów ustawy**, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.

§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**Art. 153.** § 1. Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób **bez jej zgody** przerywa ciążę albo przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerwania ciąży,

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Odpowiedzialność za takie przestępstwa jest zastrzona, gdy *dziecko poczęte* osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. **Odpowiedzialność karna może jednak powstać tylko wtedy, gdy przerwanie ciąży nastąpiło nielegalnie, czyli**



w szczególności z naruszeniem przepisów ustawy. Ustawą, o którą chodzi, jest tylko UPR jako jedyny akt prawny określający warunki dopuszczalności przerwania ciąży: jej art. 4a funkcjonuje jako przepis szczególny: określa, w jakich okolicznościach przerwanie ciąży, na zasadach ogólnych zabronione – jest dopuszczalne, czyli zgodne z prawem. Wskazania do zgodnego z prawem przerwania ciąży stanowią zatem okoliczności wyłączające bezprawność: przerwanie ciąży jest wówczas zgodne z prawem. Taka kwalifikacja ma zatem dla lekarza niebagatelne znaczenie: wykonując zabieg, działa on zgodnie z prawem.

Gdyby – jak twierdzą niektórzy – przepis Kodeksu Karnego odsyłał do innych przepisów KK, byłoby to odesłaniem w próżnię, bo KK nie zawiera samodzielnych unormowań w sprawie przesłanek bądź ograniczeń dopuszczalności przerywania ciąży. Dziecko poczęte, które osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, jest wciąż „dzieckiem poczętym”, a więc odrębnym przedmiotem ochrony niż „dziecko” bez dodatkowych określeń – jak w przestępstwie dzieciobójstwa – lub „człowiek” - jak w przestępstwach zabójstwa lub nieumyślnego spowodowania śmierci. **W związku z tym nie stosuje się tutaj przepisów o umyślnym zabójstwie człowieka ani o nieumyślnym spowodowaniu śmierci człowieka.**

Jedynym odstępstwem jest karnoprawna linia orzekania penalizująca spowodowanie śmierci okołoporodowej – gdy akcja porodowa już się rozpoczęła bądź gdy lekarze przystąpili (lub powinni byli przystąpić) do zabiegu cesarskiego cięcia w celu rozwiązania porodu. Sam koncept uznania rodzącego się organizmu za dziecko, a nie za *dziecko poczęte*, stanowi tu jednak wyjątek, który nie może być wykładany rozszerzająco. Racją przyjęcia w drodze wyjątku przez sądownictwo tego tzw. kryterium położniczego było zawinione przez przyjmujący poród personel medyczny zaprzepaszczanie szans na zdrowe narodziny dziecka przy wyjściowo pomyślnym rokowaniu.

Kwestia oznaczenia punktu czasowego, od którego rozwijające się życie ludzkie należy określać mianem „człowiek”, staowała od dawna przedmiot rozbieżnych zapatrywań. W nauce prawa karnego proponowane były cztery możliwe momenty, w których płód staje się człowiekiem. Według pierwszej propozycji miałby to być moment pierwszego oddechu (kryterium fizjologiczne); według drugiej - moment oddzielenia się płodu od ciała matki (kryterium przestrzenne); według trzeciej - moment początku porodu, czyli pierwszych bólów porodowych (kryterium położnicze) i wreszcie według czwartej - moment osiągnięcia przez płód zdolności do życia poza organizmem matki.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalil się pogląd na tę kwestie opierający się na **kryterium położniczym**. W uchwale z 26.X.2006 r. (I KZP 18/06, OSNKW 2006, Nr 11, poz.

97) Sąd Najwyższy stwierdził, że ochrona prawnokarna życia i zdrowia człowieka rozpoczyna się z początkiem porodu, tj. wystąpienia skurczów macicy, dających postęp porodu, zaś w przypadku cesarskiego cięcia kończącego ciążę – od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia tego zabiegu.

Pogląd ten został doprecyzowany w postanowieniu SN z 30.X.2008 r. (I KZP 13/08, OSNKW 2008, Nr 11, poz. 90). Stwierdzono tam, że pełna prawnokarna ochrona zdrowia i życia przysługuje dziecku nienarodzonemu od:

- 1) rozpoczęcia porodu (naturalnego),
- 2) w wypadku operacyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę na żądanie kobiety ciężarnej – od podjęcia pierwszej czynności medycznej bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu,
- 3) w wypadku konieczności medycznej przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego lub innego alternatywnego zakończenia ciąży – od zaistnienia medycznych przesłanek takiej konieczności. (L. Gardocki, *Uwagi do projektu Komisji Kodyfikacyjnej dotyczącego zmian przepisów o aborcji*, „Prawo i Medycyna” nr 1/2014, s. 7-8)

**Jest to jednak – powtórzmy – kategoria wyjątku uzasadnionego szczególną racją opisaną wyżej, co do którego nie ma absolutnie żadnych podstaw, by stosować go w innych okolicznościach.** Dwa przywołane orzeczenia SN, które zapadły w tych sprawach, kwalifikowane są w nauce prawa jako prawotwórcze, co nie podważa ich słuszności, ale nakazuje traktować jako ewenement jedyny w swoim rodzaju.

W związku z tym zapatrywanie wyrażone przez radcę prawnego Radosława Tymińskiego, jakoby „z ochroną prawnokarną przynależną człowiekowi mamy do czynienia od momentu: rozpoczęcia się porodu naturalnego lub od momentu zaistnienia medycznej konieczności zakończenia ciąży” jest niczym więcej niż nadużyciem intelektualnym. (Zob. [https://prawalekarzy.pl/artykuly/prawne-aspekty-przerwywania-ciazy-na-kanwie-sprawy-przerwania-ciazy-pacjentki-w-36-t-c-przez-lekarke-z-olesnicy-569?fbclid=IwY2xjawJ16OtleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFoT1lZaTk2c0JROtJ5MHhPAR4SWVsQdrVOoSEqh7kmGSuCyAGCOUjwpsnWlaSh8b1U8y7XN1jPTvBps-0v5Q\\_aem\\_Ir26d\\_ssr5EHCprJohHQIw](https://prawalekarzy.pl/artykuly/prawne-aspekty-przerwywania-ciazy-na-kanwie-sprawy-przerwania-ciazy-pacjentki-w-36-t-c-przez-lekarke-z-olesnicy-569?fbclid=IwY2xjawJ16OtleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFoT1lZaTk2c0JROtJ5MHhPAR4SWVsQdrVOoSEqh7kmGSuCyAGCOUjwpsnWlaSh8b1U8y7XN1jPTvBps-0v5Q_aem_Ir26d_ssr5EHCprJohHQIw)). W dodatku autor myląc odsyła do przywołanego wyżej postanowienia SN z 30.X.2008 r., sygn. I KZP 13/08, odnoszącego się do zupełnie innej sytuacji niż przerwanie ciąży, a mianowicie do zaniechania hospitalizacji ciężarnej pacjentki w 39 tygodniu i przy alarmujących symptomach, czego wynikiem była śmierć płodu:

„Sąd Najwyższy w obecnym składzie podziela w pełnym zakresie zapatrywania i argumentację przedstawioną w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 26 października 2006 roku,

I KZP 18/06, do której w tym miejscu należy odesłać, gdyż argumenty przedstawione w postanowieniu Sądu Okręgowego w P. w żaden sposób nie podważają zaprezentowanego w uchwale toku rozumowania. W uchwale tej przyjęto, że „**przedmiotem ochrony przewidzianej w art. 160 k.k. jest życie i zdrowie człowieka od rozpoczęcia porodu (wystąpienia skurczów macicy, dających postęp porodu), a w wypadku operacyjnego zabiegu cesarskiego cięcia, kończącego ciążę – od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia tego zabiegu**”. Dostrzec jedynie należy konsekwencje takiej wykładni, także dla dokonania prawnokarnej oceny zachowania oskarżonego w okolicznościach sprawy rozpatrywanej przez Sąd Okręgowy, wynikające z rozumienia pojęcia „czynności zmierzające do przeprowadzenia tego zabiegu” zarówno w wypadku wypełnienia znamion ustawowych czynu zabronionego działaniem, jak i zaniechaniem.”

Tymczasem w uchwale z 26.X.2006 r., (sygn. I KZP 18/06) Sąd Najwyższy, niejako ubocznie, orzekł, że nie do zaakceptowania jest zabieg interpretacyjny, który prowadziłby do uznania, że ochrona życia i zdrowia przewidziana dla urodzonego człowieka występuje również w przypadku płodu zdolnego do samodzielnego przeżycia poza organizmem matki.

Wobec tego drugi wniosek R. Tymińskiego, jakoby „zaświadczenie od psychiatry stanowi medyczne wskazanie do zakończenia ciąży i zmienia status płodu na człowieka”, jest oparty na zmyślonych podstawach prawnych i zniekształcającym referowaniu wyroków sądowych. Na marginesie można zauważyć, że radca prawny Radosław Tymiński świadczy usługi prawne pod szyldem „prawa lekarza”, więc jego wypowiedzi nie mają waloru obiektywnej ani naukowej wykładni prawa, a są obliczone na wybronicie klientów. Należy je zakwalifikować tak samo jak wcześniej przywołane ekwilibrystyczne enuncjacje adwokata Oskara Lutego

W tym miejscu trzeba ponownie wyjaśnić, że ocena prawna przedstawia się zupełnie inaczej, gdy przyspieszone zakończenie ciąży odbywa się w celu uwolnienia kobiety od ciąży będącej dla niej zagrożeniem. W tej kategorii przypadków techniki zabiegowe powinny być nastawione wyłącznie na ochronę zdrowia kobiety, dobrostan płodu nie ma znaczenia prawnego, a zdolność płodu (*dziecka poczętego*) do samodzielnego życia poza organizmem kobiety nie jest równoznaczna z nadaniem mu statusu człowieka.

Na mocy obecnie obowiązujących przepisów zdolność do samodzielnego życia płodu (*dziecka poczętego*) poza organizmem kobiety ciężarnej stanowi w kontekście przerywania ciąży okoliczność **zaostarzającą odpowiedzialność karną nałożoną tylko wtedy, gdy przerwanie ciąży odbyło się z naruszeniem przepisów** Ustawy o planowaniu rodziny. Natomiast przerwanie ciąży zgodnie z UPR nie niesie ze sobą żadnych dodatkowych obowiązków w stosunku do płodu (*dziecka poczętego*). Jest tak przede wszystkim dlatego, że sama idea przerywania ciąży ma na celu wyłącznie dobro kobiety i znajduje to potwierdzenie w

braku przepisów nakazujących ratowanie wyabortowanego płodu oraz nieistnienia podstawy prawnej do zrównywania statusu płodu zdolnego do samodzielnego życia z rodzącym się dzieckiem.

Ratowanie zdrowia psychicznego kobiety zagrożonego przez świadomość, iż urodzi ciężko i nieuleczalnie chore, a przez to cierpiące dziecko i z tą świadomością przyjdzie jej żyć, będzie musiało polegać na przerwaniu ciąży na takim etapie i w taki sposób, żeby do traumatyzującego zdarzenia nie doszło. Taki wniosek wynika z wykładni funkcjonalnej podstaw do przerwania ciąży przy (poważnym) zagrożeniu dla zdrowia psychicznego kobiety.

## **5) Czy istnieją przepisy, które penalizowałyby uśmiercenie płodu w przypadku, gdy lekarz legalnie przerywa ciążę za zgodą pacjentki?**

Nie ma takich przepisów – patrz pkt 4. **Art. 157a KK** to jest jedyne unormowanie odnoszące się do spowodowania u płodu uszczerbku na zdrowiestiu. Płód (*dziecko poczęte*) został w tym przepisie Kodeksu karnego i w dwóch innych wyróżniony jako odrębne dobro prawnie chronione. Nie ma żadnych podstaw, żeby do ochrony życia płodu (*dziecka poczętego*) stosować przepisy o ochronie życia człowieka. W przepisie nie ma mowy *expressis verbis* o uśmierceniu płodu. Natomiast drogą wykładni *a minori ad maius* wolno tylko uznać, że skoro czynem karalnym jest celowe uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia u płodu, to tym bardziej będzie nim umyślne uśmiercenie – ale tylko o ile **nie** zachodzą okoliczności wyłączające przestępność czynu przewidziane w § 2 art. 157a KK. Taką okolicznością jest w szczególności wykonywanie zabiegu leczniczego w celu ratowania zdrowia kobiety.

Uśmiercenie płodu stanowi oczywistą konsekwencję przerwania ciąży – jest nieodłącznym skutkiem faktycznym, bo przerwanie ciąży ma właśnie do tego doprowadzić. Jeśli przerwanie ciąży odbywa się legalnie, to ta legalizacja rozciąga się na wszystkie typowe skutki zabiegu. Karalne jest tylko – powtórzmy – przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy (czyli UPR, bo innej nie ma) oraz przerwanie ciąży wbrew woli kobiety. Oba przestępstwa mają charakter umyślny.

W tym miejscu trzeba sprostować kolejne nadużycie. Jest nim teza wyrażona przez jeszcze jednego adwokata, mec. Jacka Skrzydło, pełnomocnika prawnego lekarza prof. Piotra Sieroszewskiego, w artykule opublikowanym w „Rzeczpospolitej” z 14.IV.2025 r. [<https://www.rp.pl/ochrona-zdrowia/art42115461-aborcja-w-dziewiatym-miesiacu-ciazy-izabela-leszczyna-komentuje-dla-rz>],

jakoby „W każdym cywilizowanym państwie, w którym dopuszczalne jest przerywanie ciąży, istnieje pewien limit, po przekroczeniu którego zabieg ten staje się niedopuszczalny.

Chodzi o moment, w którym płód osiąga zdolność do samodzielnego życia poza organizmem matki. (...) Uśmiercenie takiego płodu stanowi, w mojej ocenie, naruszenie prawa i jest to jasno określone w kodeksie karnym”.

Mamy tu do czynienia z podwójnym przekłamaniem, bo jak już zostało wyjaśnione wyżej, Kodeks karny bynajmniej nie określa tego w sposób, jakiego chciałby mecenas Skrzydło. Po drugie, większość państw europejskich dopuszcza przerywanie ciąży z przyczyn zdrowotnych do końca jej trwania (np. Holandia, Belgia, Francja, Hiszpania, Wielka Brytania), zaś zdolność płodu do samodzielnego życia stanowi kryterium ograniczające tylko dla przerwania ciąży z przyczyn embriopatologicznych i tak do 2020 r. stanowiła również polska UPR. Mecenas Skrzydło zdecydowanie nie popisał się więc erudycją, a jego osobiste oceny mijają się z rzeczywistością prawną.

Znajduje to potwierdzenie w uzasadnieniu umorzenia postępowania karnego w sprawie przerwania zaawansowanej ciąży drogą asystolii płodu na terenie Szpitala Powiatowego w Oleśnicy (postanowienie z 2.XII.2025 r. o umorzeniu śledztwa):

„Jeśli spełnione są tzw. przesłanki ustawowe to każda metoda przerwania ciąży, która jest zgodna z aktualną wiedzą medyczną i na którą wyraziła zgodę pacjentka, jest dopuszczalna i legalna. Ustawodawca nie statuuje zamkniętego dopuszczalnego katalogu metod przerwania ciąży. Nie wprowadza również warunku, by przerwanie ciąży w przypadku osiągnięcia przez dziecko poczęte możliwości samodzielnego życia poza organizmem matki wiązało się jedynie z indukcją wcześniejszego porodu z żywym urodzeniem. (...) Pod uwagę należy wziąć złożoność sytuacji pacjentki. Metoda przez nią wybrana należy do sfery wiedzy i procedur medycznych, odpowiada aktualnej wiedzy medycznej opartej na dorobku nauk medycznych, standardów postępowania, zaleceń i rekomendacji towarzystw naukowych i nie jest zabroniona przez prawo. (...) Mając na uwadze powyższe, postępowanie w sprawie czynów stypizowanych w art. 152 § 3 k.k. w zw. z art. 152 § 1 k.k. i 152 § 2 k.k. umorzono z uwagi na brak znamion czynu zabronionego.”

**6) Jak powinna być oceniana zdolność płodu do przeżycia poza organizmem osoby w ciąży? Czy istnieją konkretne limity czasowe, czy powinno to być dokonywane *ad casum*? Czy terminy 22/24 tygodnia ciąży mają pokrycie w najnowszej wiedzy medycznej, czy może są ustalone arbitralnie?**

Zdolność płodu do samodzielnego życia po odpepnieniu jest określana według kryteriów stricte medycznych. Pośredniej odpowiedzi dostarczają rekomendacje dotyczące podtrzymywania życia skrajnych wcześniaków (noworodków skrajnie niedojrzałych), tj. dzieci urodzonych między 22. a 25. tygodniem ciąży. Granicę ich przeżywalności WHO ustaliła, **ale**

**tylko dla potrzeb statystyki urodzeń**, na ukończone 22 tygodnie ciąży lub masę ciała 500 g (M. Rutkowska et al., *Zasady postępowania w neonatologii przy podejmowaniu decyzji o objęciu opieką paliatywną uwzględniające racje etyczne*, [w:] M.K. Borszewska-Kornacka, *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, Warszawa 2017, s. 18.). Z badań epidemiologicznych wynika jednak, że **rzeczywista przeżywalność noworodków przy tak niewielkiej dojrzałości jest znikoma**. Dlatego wiele krajów wprowadziło do swoich rekomendacji pojęcie „strefy granicznej”, przez którą rozumie się okres dojrzałości ciąży, gdy istnieje ogromna niepewność co do przeżywalności i oceny rozwoju noworodka. Strefa ta jest różnie definiowana w poszczególnych krajach i waha się między 22. a 25. t.c. Poniżej tego przedziału proponowana jest tylko opieka paliatywna, która ma uchronić noworodka przed cierpieniem w okresie jego przejścia do naturalnej śmierci. Ponadto **obecnie zaznacza się, że kryteria wieku ciążowego i masy ciała są niewystarczające dla podjęcia decyzji o przystąpieniu lub odstąpieniu od resuscytacji. Należy uwzględnić także inne czynniki, które mogą wpłynąć na zmianę rokowania co do przeżycia i dalszego rozwoju.** (*Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia...*, s. 19).

Obecnie WHO przyjmuje, że o zdolności do życia (*viability*) można mówić wtedy, gdy dziecko ma 50% szans na przeżycie przy zastosowaniu interwencji z zakresu intensywnej opieki noworodkowej albo bez takiego wsparcia (World Health Organization, *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*, Genewa 2012,

[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf), s. 18.)

Mimo ogromnego postępu technicznego granica przeżycia większości urodzonych noworodków utrzymuje się na poziomie **ukończonego 24. tygodnia ciąży**. Wiele wskazuje na dotarcie w ten sposób do naturalnej granicy przeżycia podtrzymywanego technicznie. W szczególności fizjologiczny rozwój płuc dający szanse na utrzymanie noworodka przy życiu następuje w 23.–24. tygodniu, z marginesem błędu pomiaru do 4 dni i 15% masy ciała. Poniżej strefy granicznej proponowana jest tylko opieka paliatywna. **W Polsce dopiero wobec dzieci urodzonych w 24. tygodniu ciąży rekomendowane jest podejmowanie działań resuscytacyjnych**, zaś dalsze postępowanie zależy od oceny stanu klinicznego noworodka, odpowiedzi na zabiegi resuscytacyjne, stanowiska rodziców i występujących czynników modyfikujących rokowanie. (M. Rutkowska et al., *Noworodek urodzony na granicy...*, pkt 5.2, tab. V i VI; M. Rutkowska, [w:] *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce*, tab. I i II, s. 22, 23.)

Kryterium masy ciała (powyżej 500 g) i wieku ciążowego (22. tydzień) nie znajduje zatem potwierdzenia jako wyznacznik zdolności do przeżycia. Sama WHO uznaje zresztą, że w chwili obecnej w większości krajów o wysokim dochodzie (do których zalicza się również Polska) – 50% szans na przeżycie mają wcześniaki urodzone raczej ok. 24. tygodnia ciąży (World Health Organization, *Born Too Soon...*, s. 18, 23.)

Przyjęcia pewnej konwencji terminologicznej i danych wyjściowych dla celów statystycznych nie należy mylić z **rzeczywistą zdolnością do przeżycia ocenianą głównie na podstawie stopnia rozwoju narządów wewnętrznych, dla których arytmetyka zaawansowania ciąży ma znaczenie tylko orientacyjne.**

**Opisane wyżej wytyczne znajdują ponadto zastosowanie tylko wobec noworodków, które miały urodzić się zdrowe,** czyli takich, których jedyną przypadłość stanowi wcześniactwo. W odniesieniu do płodów dotkniętych nieuleczalnymi wadami rozwojowymi, w szczególności wadami letalnymi, rokowanie przedstawia się zgoła odmiennie, ponieważ zdiagnozowana wada jako taka ogranicza nie tylko zdolność do samodzielnego życia po odpepnienu, ale wręcz możliwość narodzin tzw. siłami natury, czyli zdolność wydostania się o własnych siłach z macicy. Implikuje więc zabiegowe rozwiązanie porodu przez cesarskie cięcie, co wzięwszy pod uwagę perspektywy przeżycia dziecka, w przypadku wady letalnej płodu należy zakwalifikować jako zabieg narażający niepotrzebnie zdrowie kobiety, skoro defektywną ciążę da się zakończyć wcześniej metodami mniej inwazyjnymi.

Jako przykład wszechstronnej oceny medycznej zdolności do samodzielnego przeżycia płodu dotkniętego ciężkimi wadami można podać fragment uzasadnienia wyroku (Sąd Okręgowy w Poznaniu, wyrok z 23 czerwca 2017 r., sygn. XVIII C 813/15, Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych) ,zawierający przywołaną aprobowaną opinię biegłego:

„U dziecka urodzonego przez M.T. stwierdzono obecność ciężkiej wady wrodzonej w postaci wodogłowia i rozszczepu kręgosłupa, co w istotny sposób zmniejszało szanse na przeżycie i to nie tylko w sytuacji skrajnego wcześniactwa. Zwłaszcza wady wymagające wczesnej interwencji chirurgicznej po urodzeniu zwiększały ryzyko zgonu. Zdaniem biegłego – można stwierdzić z bardzo dużym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością, że urodzenie się tego dziecka w 23–24 tygodniu ciąży zakończyłoby się jego śmiercią w pierwszych tygodniach po przyjściu na świat. Podsumowując biegły stwierdził, że w tym przypadku szanse na przeżycie dziecka poza organizmem matki były bardzo istotnie zależne od czasu trwania ciąży. W 23–25 tygodniu ciąży były one bliskie zeru.”

W przypadku, gdy wada lub zespół wad ma charakter letalny, trudno jest w ogóle mówić o zdolności do samodzielnego życia. Przykładowo – dziecko z bezmózgowiem umiera po kilku dniach od narodzin niezależnie od podejmowanych wysiłków w celu utrzymania go przy życiu. **Inaczej więc należy oceniać zdolność przeżycia płodu zdrowego, a zupełnie inaczej płodu**

**dotkniętego wadami wrodzonymi, bo wówczas zdolność przeżycia zależy od większej liczby czynników niż wiek ciąży, masa ciała i stopień rozwoju narządów wewnętrznych – determinuje ją bowiem przede wszystkim rodzaj i nasilenie wad.** Nawet zaś w odniesieniu do płodu ocenianego jako zdrowy, wiek ciąży nie stanowi jedyne kryterium dla zdolności przeżycia. W świetle aktualnej wiedzy medycznej można tylko mówić o pewnym wyjściowym minimum, które stanowi ukończone 24 tygodnie ciąży. Dopiero gdy zostanie ono spełnione, jest sens włączać inne kryteria oceny.

## **7) Czy Ustawa wprowadza limit czasowy na przerwanie ciąży z przyczyn zdrowotnych?**

Ustawa nie wprowadza żadnego limitu czasowego na przerwanie ciąży z przyczyn zdrowotnych, co zostało już przeanalizowane w poprzednich punktach opinii. Osiągnięcie przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki limitowało tylko dopuszczalność przerwania ciąży z przyczyn embriopatologicznych: gdy ta przesłanka (przewidziana w art. 4a pkt 2 ustawy) utraciła moc, stało się bezprzedmiotowe.

Dla większej czytelności opisu przytaczam przepis art. 4a ust. 2 w całości: „*W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 [uchylona przesłanka embriopatologiczna – przyp. MB] przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej; w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 [podejrzanie pochodzenia ciąży z czynu zabronionego – przyp. MB.], jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni*”.

Nie ma podstaw, żeby takie unormowanie traktować jako lukę prawną wymagającą wypełnienia w drodze wykładni. W swoim pierwotnym brzmieniu, zanim przesłanka embriopatologiczna została uchylona przez Trybunał Konstytucyjny w 2020 r. (wadliwie obsadzony, co negatywnie rzutuje na samą legalność rozstrzygnięcia), UPR tworzyła spójny system przesłanek, w którym przerwanie ciąży pochodzącej z czynu zabronionego lub z przyczyn embriopatologicznych doznawało ograniczeń czasowych. Od początku zaś obowiązywania UPR przerywanie ciąży z przyczyn zdrowotnych po stronie kobiety nie doznawało żadnych ograniczeń i sytuacja nie uległa zmianie po uchyleniu przesłanki embriopatologicznej. Są to przesłanki rozłączne i nie ma podstaw, by wyjaśniać jedną za pośrednictwem drugiej. W szczególności nie daje takiej podstawy konstatacja, że pewne patologie płodu mogą negatywnie wpływać nie tylko na zdrowie fizyczne, ale i na zdrowie psychiczne kobiety. Przy braku jakichkolwiek ustawowych ograniczeń stan zdrowia kobiety powinien być oceniany bez oglądania się na cokolwiek innego, w tym na dobrostan płodu.



Jak widać, w UPR (ani gdzie indziej) nie ma ni słowa na temat ograniczeń czasowych przerwania ciąży z przyczyn leczniczych. Skoro nie ma ograniczenia w czasie, to pozostaje bez znaczenia, czy płód jest już zdolny do samodzielnego życia. W żadnym razie nie ma podstaw do ryzykowania w takich okolicznościach życiem lub zdrowiem kobiety dla ratowania płodu, chyba że ona sama tego zażąda. Stan płodu może zatem rzutować na technikę zakończenia ciąży tylko wtórnie, skoro odbywać się to ma dla ratowania zdrowia kobiety.

Zdolność płodu do samodzielnego życia poza organizmem kobiety sprawia tylko, że zaostrzona jest kara za niedopuszczalne przerwanie ciąży (art. 152 § 3 k.k. – z naruszeniem przepisów ustawy, a za zgodą kobiety) oraz za przerwanie ciąży przemocą (art. 153 § 2). Nie stanowi natomiast przeszkody dla przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobiety.

#### **8) Czy odmowa przerwania ciąży po 22 tygodniu, bądź odmowa *fetocide*, może stanowić torturę psychiczną wobec kobiety?**

Odpowiedź na to pytanie należy do materii orzekania przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, ale przede wszystkim zależy od tego, co jest źródłem cierpienia psychicznego kobiety i jakie przybrało to nasilenie.

Przesłankami pozwalającymi stwierdzić, że w danym przypadku mamy do czynienia z naruszeniem prawnoczęłowieczego zakazu tortur są: natężenie cierpienia ofiary osiągające odpowiednio wysoki poziom dolegliwości, możliwość przypisania danego aktu państwu, a w przypadku tortur - także premedytacja działań służących zadaniu bólu i ich charakter celowy. O tym, czy w danym przypadku rzeczywiście został osiągnięty, warunkujący udzielenie ochrony, „minimalny próg dolegliwości”, da się rozstrzygnąć dopiero, gdy odnieść dorobek orzeczniczy ETPCz do konkretnego stanu faktycznego. (N. Nieróbca, *Sukces litygacji strategicznej na rzecz ochrony praw reprodukcyjnych, triumf konstytucjonalizmu czy „ucieczka w formalizm”?* Komentarz do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 14 grudnia 2023 r., nr 27617/04 ws. *M.L. przeciwko Polsce*, „Przegląd Prawa Medycznego”, nr 1/2024). Przy dokonywaniu oceny poziomu dolegliwości nie można abstrahować od „kontekstu matczynego bólu”, tj. trudnej sytuacji skarżącej jako kobiety zmuszonej skonfrontować się z wizją potencjalnego cierpienia oraz choroby przyszłego dziecka. Należy też uwzględnić towarzyszące upokorzenie wynikające ze stygmatyzacji i stereotypów dotyczących osób ubiegających się o możliwość przerwania ciąży. (Jelić, Felici i Wennerström, zdanie odrębne do sprawy ML przeciwko Polsce, za: N. Nieróbca, *Sukces...*). Jako przykłady można podać okoliczności, w jakich Komitet Praw Człowieka ONZ wydał opinię ws. Amanda Mellet

przeciwko Irlandii (Opinia Komitetu Praw Człowieka ONZ z dnia 31 marca 2016 r. nr 2324/2013) oraz Siobhán Whelan przeciwko Irlandii (Opinia Komitetu Praw Człowieka ONZ z dnia 17 marca 2017 r., nr 2425/2014). Komitet doszedł do wniosku, że w obydwu przypadkach doszło do naruszenia art. 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, statuującego zakaz tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania, m.in. ze względu na intensywne cierpienie psychiczne skarżących. Obie skarżące, u których stwierdzono letalne uszkodzenia płodów, zmuszone do wyboru - urodzić wiedząc, że dziecko umrze, czy przeprowadzić aborcję za granicą – zostały według Komitetu poniżone i niehumanitarno potraktowane.

Przede wszystkim jednak odmowa legalnego przerwania ciąży z przyczyn zdrowotnych, nie tylko po 22 tygodniu ciąży, ale w każdym wypadku, stanowi zachowanie bezprawne, ponieważ narusza prawa kobiety jako pacjentki do ochrony zdrowia i otrzymania adekwatnych świadczeń zdrowotnych. Gdy pacjentka ubiega się o wykonanie zabiegu z powodu cierpień psychicznych, taka odmowa prowadzi do nasilenia cierpienia. Cierpienie to może zostać spotęgowane również przez wydanie na świat dziecka, które z powodu ciężkich wad wkrótce umiera w cierpieniach bądź żyje cierpiąc. Ocena siły tych doznań należy do specjalistów z zakresu psychologii, jednak nawet prasa codzienna publikowała wypowiedzi lekarzy, którzy dość szczegółowo referowali poszczególne przypadki. Wolno więc uznać, że ten aspekt zmuszania kobiet do donoszenia defektywnej ciąży został już rozpoznany.

Są to odnotowane fakty – że prenatalna wiedza o ciężkich uszkodzeniach płodu negatywnie rzutuje na zdrowie psychiczne kobiety, aż po tendencje samobójcze.

Jednocześnie lekarze i podmioty lecznicze odmawiające przerwania ciąży z tych przyczyn, realizują działania władcze państwa, skoro dopuszczalność przerwania ciąży jest uregulowana ustawowo, a naruszenie ustawy skutkuje odpowiedzialnością karną. W przypadku bezpodstawnej odmowy dopuszczają się zatem bezprawia i nadużycia swoich uprawnień. Zadawanie tortur oraz niehumanitarnie i poniżające traktowanie może odbywać się zarówno w wykonywaniu czynności władczych w imieniu władzy państwowej, jak też niejako na rachunek i odpowiedzialność własną. W okolicznościach, gdy rozmiar możliwych cierpień psychicznych u kobiet, które spotkały się z odmową uzasadnionego przez przesłanki leglizujące przerwania ciąży stanowi już fakt notoryjny (powszechni już znany), takie zachowania oraz towarzyszące im nierzadko uwłaczające komentarze, wolno uznać za zawinione wyrządzanie poważnych krzywd, które ze względu na stopień nasilenia w konkretnym przypadku i towarzyszące okoliczności (np. spowodowanie nieuzasadnionej przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej

i to z użyciem środków przymusu bezpośredniego) da się zakwalifikować jako tortury i nieludzkie oraz poniżające traktowanie.

Problem ten miał mniejsze znaczenie w okresie, gdy przerwanie takiej ciąży było dopuszczalne z powołaniem się na podejrzenie ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Zdarzało się jednak, że z powodu zawinionych uchybień w diagnostyce prenatalnej pacjentka dowiadywała się o wadach płodu zbyt późno, by móc podjąć jakiekolwiek decyzje: czy to o przerwaniu ciąży, czy o zabiegach prenatalnych, dzięki którym dziecko mogłoby przyjść na świat z mniejszymi niepełnosprawnościami. Wówczas w uzasadnieniach wyroków odszkodowawczych pojawiały się informacje o psychicznej traumie, jaką kobieta to przypłaciła. Przykłady:

1. „Matka dziecka w okresie od 28 października do 27 listopada 2009 r. przebywała na leczeniu w Szpitalu (...) w S. z powodu pogorszenia jej stanu psychicznego – myśli i tendencji samobójczych, obniżonego nastroju wywołanego stanem zdrowia umierającego dziecka, zaś w okresie od 23 grudnia 2009 r. do 26 stycznia 2010 r. była hospitalizowana po próbie samobójczej, którą tłumaczyła reakcją na śmierć syna (...) Oboje zresztą rodzice bardzo cierpieli z powodu śmierci syna, zwłaszcza że oczekiwali narodzin zdrowego dziecka, a po jego urodzeniu żyli ze świadomością, że po kilku miesiącach cierpienia ono umrze.” (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 24 kwietnia 2013 r., I ACa 787/12, Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych Biura Informacji Publicznej).

2. „Powódka dowiadując się dopiero w dniu 7 lutego 2013 r. w czasie badania usg przeprowadzonego w (...) w O. o przepuklinie odcinka lędźwiowo-krzyżowego płodu, doznała silnego wstrząsu. Dowodem tego jest już to, że jak wynika z dokumentacji medycznej, badania nie dokończono ze względu na stan emocjonalny pacjentki. Powódka po uzyskaniu tej wiadomości nie wiedziała co ze sobą zrobić, gdyż niemal do samego końca ciąży była przekonana, że dziecko będzie zdrowe. Po wyjściu ze szpitala korzystała z pomocy psychologa i psychiatry (...). Powódka nadal korzysta z pomocy tychże specjalistów (...). Po uzyskaniu wiadomości o wadzie rozwojowej dziecka stała się płaczliwa, zestresowana (...). Czuje się winna za zaistniały stan rzeczy, jest przekonana, że mogłaby dziecku pomóc, gdyby dowiedziała się wcześniej o wadzie (...). Cierpienia powódki będące efektem naruszenia jej praw jako pacjenta należy ocenić zatem jako znaczne. Co istotne, cierpienia te mają charakter ciągły, rzutują na funkcjonowanie powódki, która każdego dnia opiekując się małoletnim A.R. i dostrzegając jego poważne cierpienia, w tym ból fizyczny, ma poczucie głębokiego żalu, że nie miała szansy uczynić wszystkiego, co tylko było możliwe, aby zminimalizować skutki wady rozwojowej dziecka i tym samym pozytywnie wpłynąć na jakość jego życia.” (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 19 lutego 2018 r., I ACa 379/16, POSP BIP).

3. „Powódka w chwili powzięcia wiadomości o stwierdzeniu wodogłowia u płodu doznała wstrząsu psychicznego. Doszło u niej do istotnego pogorszenia się stanu zdrowia z powodu powstania, rozwoju oraz utrwalenia się objawów przewlekłego zespołu depresyjnego, w związku z czym doznała 10% uszczerbku na zdrowiu. Stwierdzono u niej objawy stresu pourazowego. Ponadto biegli wskazali, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że powódka w przyszłości będzie wymagała pomocy psychologicznej oraz okresowo psychiatrycznej. Wskazać należy nadto, że po urodzeniu kalekiego dziecka M.R. przez kilka miesięcy korzystała z pomocy psychologicznej oraz psychiatrycznej. Mimo upływu znacznego okresu czasu nadal

przeżywa na nowo sytuację urazową w natrętnych wspomnieniach, cechuje ją podwyższony poziom lęku, miewa objawy depresyjne, myśli rezygnacyjne i samobójcze, które mają istotny wpływ na jej codzienne funkcjonowanie.” (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 31 maja 2017 r., I ACa 1059/16, POSP BIP).

Z obserwacji orzecznictwa w tego rodzaju sprawach wynika, że narodziny dziecka z wadami pociągają za sobą poważne dolegliwości psychiczne u matki, doznana trauma wymaga długotrwałej opieki psychologicznej i psychiatrycznej, a niezależnie od tego ma charakter ciągły.

W tych warunkach wolno przyjąć, że bezprawna odmowa przerwania ciąży z przyczyn leczniczych sama w sobie stanowi co najmniej nieumyślne wyrządzenie pacjentce krzywdy przez narażenie jej na jeszcze większy uszczerbek zdrowotny. O torturowaniu można natomiast mówić, gdy określone zachowania mają charakter celowego uniemożliwiania, np. zmierzają do przeciągnięcia sprawy, negują oczywiste wskazania medyczne po stronie pacjentki czy programowo ignorują ciężkie defekty u płodu. Do działań umyślnych można też zaliczyć doniesienia do organów ścigania czy manipulowanie informacją w celu zamknięcia pacjentki w szpitalu psychiatrycznym.

#### **9) Czy szpital może odmówić aborcji z uwagi na brak umiejętności technicznych?**

Niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku niezależnie od przyczyn. Jeśli brak odpowiednich umiejętności technicznych personelu jest zgodny z prawdą, to na konkretnej placówce nie da się wymusić wykonania zabiegu. Taka sytuacja może natomiast stanowić podstawę do roszczeń odszkodowawczych wynikających z naruszenia praw pacjenta do uzyskania adekwatnej pomocy medycznej, zwłaszcza gdy kontrakt szpitala z NFZ przewiduje takie świadczenia na rzecz pacjentek. Podmiot, który zakontraktował z NFZ pakiet świadczeń ginekologicznych wraz z przerwaniem ciąży, jest co do zasady obowiązany do takiej polityki zatrudnienia, która zaewnia ich pełny zakres.

Lekarze, którzy z powodu braku umiejętności nie podejmują się wykonania czynności, mają natomiast wynikający z art. 38 UZL obowiązek efektywnego przekierowania pacjentki do placówki, która dysponuje takimi możliwościami. Brak umiejętności technicznych stanowi poważny powód w rozumieniu tego przepisu:

**Art. 38.** 1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i

**wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.**

3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, **jeżeli istnieją poważne ku temu powody**, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Nie zmienia to faktu, że spowodowana brakiem umiejętności personelu lekarskiego niemożność wykonania świadczenia zdrowotnego w ramach kontraktu z NFZ, po które zgłasza się pacjent, stanowi o tzw. winie organizacyjnej placówki oraz o zawinionych zaniechaniach jej kierownictwa.

**10) Czy są podstawy prawne do twierdzenia, że po 22/24 tygodniu ciąży w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia ciężarnej istnieje obowiązek wywołania porodu zamiast przeprowadzania zabiegów przerywania ciąży?**

Nie ma takich podstaw prawnych, ponieważ pacjentka w stanie zagrożenia zdrowia lub życia ma prawo do przerywania ciąży w sposób, który bezpiecznie i skutecznie usunie zagrożenie. O sposobie przerywania ciąży decyduje dobro zdrowotne pacjentki, a nie dobro płodu. Stosownie do art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny..., przerywanie ciąży może być dokonane w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej i wyłącznie przez lekarza w szpitalu. Wśród przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży jest to jedyna, która ma cel wyłącznie zdrowotny, bo służy usunięciu zagrożenia dla zdrowia lub życia kobiety. Niewątpliwie i w tych ramach unormowania zaznacza się – jak zwykle przy przerywaniu ciąży – kolizja między dwoma dobrami chronionymi: dobrem kobiety, czyli zdrowiem, a życiem płodu. Kolizję tę ustawy rozstrzygają jednoznacznie na korzyść zdrowia kobiety, a chodzi nie tylko o ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ale także o Kodeks karny, który stanowi wyrażnie (w art. 157a § 2), że lekarz ratujący zdrowie kobiety kosztem płodu nie popełnia przestępstwa.

Niemniej zaawansowaną ciążę przerywa się techniką sztucznego wywołania porodu. Dobór odpowiedniej techniki zabiegowej jest kwestią medyczną, a nie prawną. Wywołanie przedwczesnego porodu w celu przerywania ciąży zagrażającej zdrowiu kobiety podlega jednak regułom przerywania ciąży i jest podporządkowane temu celowi, nie zaś regułom prowadzenia porodu w sposób zmierzający do zachowania życia dziecka.

**11) Czy próby wprowadzenia pozaustawowych zakazów (zakazu asystologii, limitów czasowych, wprowadzanie obowiązku ratowania płodu itp.) w praktyce położniczej uznać trzeba za bezpodstawne ograniczanie prawa do legalnej aborcji?**

Pozaustawowe zakazy tego rodzaju stanowią bezprawne utrudnienia. **Wolno je uznać za bezpodstawne ograniczanie prawa do legalnej aborcji, jeśli w danym przypadku zaprzeczają celowi przerwania ciąży ze względu na określone wskazania zdrowotne po stronie kobiety.** Chodzi tutaj o powiązanie sposobu przerwania ciąży ze wskazaniem zdrowotnym do jej przerwania. Jeśli tym wskazaniem zdrowotnym jest ochrona zdrowia psychicznego zagrożonego przez perspektywę urodzenia dziecka w określonym stanie zdrowia (zdiagnozowane ciężkie wady), to pacjentka ma prawo do uzyskania świadczenia zdrowotnego udzielonego z należytą starannością i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (art. 6 i 8 UPP) w taki sposób i taką techniką, żeby do tych żywych narodzin nie doszło.

**Art. 6. 1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.**

**Art. 8.** Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych **z należytą starannością** przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. (...)

Dobór odpowiedniego sposobu przerwania ciąży jest uwarunkowany celem ochrony określonej sfery zdrowia pacjentki. Ochrona zdrowia psychicznego przemawia za przerwaniem ciąży możliwie szybkim, a więc bez odwlekania zabiegu i – co wynika z ustawy – bez ograniczeń czasowych. **Jeśli źródłem stresu są ciężkie wady u płodu – przerwanie ciąży powinno nastąpić w taki sposób, żeby płód nie przeżył, bo jego przeżycie pogłębi uraz psychiczny pacjentki.** Jeśli źródłem stresu są cierpienia dotkniętego wadami płodu – przerwanie ciąży powinno zostać przeprowadzone w taki sposób, żeby te cierpienia skończyły się jak najszybciej - czyli z użyciem asystologii. Precyzyjnej odpowiedzi na pytania, jaka powinna być optymalna technika przerwania ciąży ze względu na przyczyny zagrożenia zdrowia kobiety, udziela jednak aktualna wiedza medyczna, a nie prawnik. Jeśli ta wiedza medyczna podaje określony optymalny sposób adekwatny do wskazań – poszczególnym lekarzom nie przysługuje z tym dyskutować ani modyfikować metody w celu uzyskania rezultatów sprzecznych z celem zabiegu.

Warszawa, 31 lipca 2026 r.